



**Universidad  
Zaragoza**

## **Trabajo Fin de Grado**

Título del trabajo: Estudio sobre prevención de las drogodependencias en población en general, específicamente en el ámbito escolar para educar y promocionar la salud en Educación Infantil

**Autora**

**Ana Martínez Gracia**

**Director**

**Rafael Díaz Fernández**

Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación. Campus de Huesca.

Año 2016

## Índice

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Justificación.....	5
Metodología.....	5
1. Antecedentes de la Educación para la Salud.....	6-7
2. Teorías que subyacen a los programas de prevención de drogodependencia .....	7-14
3. Desarrollo evolutivo de 0 a 6 años.....	14-17
4. Análisis sobre el Primer Plan Nacional de Drogas, 1985.....	17-18
4.1 Análisis de la realidad sobre las drogas en la década de los 80.....	18
4.2 Análisis sobre prevención en el ámbito educativo según el “Análisis sobre prevención de drogodependencia en el marco de la educación para la salud: factores de riesgo y protección” .....	19
5. Análisis de la realidad sobre la situación de las drogodependencias en la década de los 90.....	19-20
6. Estrategia Nacional sobre Drogas, 2000-2008.....	20
6.1 Ámbito educativo de la Estrategia Nacional, 2000-2008.....	21
7. Estrategia Nacional sobre Drogas, 2009-2016.....	21-22
7.1 Análisis de la realidad sobre las drogas de 2000 a 2016.....	22-23
7.2 Ámbito educativo de la Estrategia Nacional, 2009-2016.....	23-24
8. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), 2012-2013.....	24-27
9. Encuesta sobre alcohol y drogas en España. EDADES, 2013.....	27-29
10. Análisis de la realidad del Primer Plan Autonómico sobre Drogodependencia, 2005-2008. (Aragón).....	29-31
10.1 Ámbito educativo del Plan Autónomo sobre Drogodependencia y otras conductas adictivas, 2005-2008. (Aragón).....	31

11. Análisis de la realidad del Segundo Plan Autonómico sobre Drogodependencia y otras conductas adictivas, 2010-2016. Aragón.....	31-35
11.1. Ámbito educativo del Segundo Plan Autonómico sobre Drogodependencia y otras conductas adictivas, 2010-2016. Aragón.....	35-36
12. Análisis de la realidad del Plan Municipal de Prevención de Drogodependencia y otras adicciones, 2011-2017. Huesca.....	36-38
12.1 Análisis del ámbito educativo del Plan Municipal de Drogodependencia y otras adicciones, 2011-2017. Huesca.....	38-39
13. Programa Integral de Prevención Escolar (PIPES).....	39-40
Conclusiones.....	41-42
Referencias bibliográficas.....	43-45

## **Título**

Estudio sobre prevención de las drogodependencias en población en general, específicamente en el ámbito escolar para educar y promocionar la salud en Educación Infantil

## **Title**

Study on prevention of drug addiction in the population in general, specifically in the school environment to educate and promote health in early childhood education

- Elaborado por Ana Martínez Gracia
- Dirigido por Rafael Díaz Fernández
- Presentado para su defensa en la convocatoria de Junio del año 2016
- Número de palabras: 13911

## **RESUMEN**

Este Trabajo de Fin de Grado, proyecta el foco de atención en el modo de actuar como maestros y maestras desde las aulas de Educación Infantil para prevenir en un futuro la adicción y dependencia a sustancias legales e ilegales.

A través de la Educación para la Salud y en coordinación con la comunidad educativa, constituida por las familias, personal docente y alumnado, pueden introducirse unos hábitos y competencias personales para desarrollar un estilo de vida eficaz y saludable que dote a los alumnos de un concepto de sí mismos satisfactorio y una autoestima fuerte que les ayude a mantenerse distantes y firmes para rechazar cualquier consumo de drogas en caso de que sufriesen presión por parte de algún miembro de la comunidad.

Para posibilitar la intervención desde la escuela, es preciso conocer las estrategias y planes que se llevan a cabo a nivel nacional, autonómico y provincial así como conocer las sustancias que tienen mayor prevalencia de consumo entre la población.

## Palabras clave

Educación para la Salud, Escuela, Alumnado, Prevención, Drogodependencias, Prevalencia

## INTRODUCCIÓN

Este trabajo de Fin de Grado, titulado *Prevención de la drogodependencia en Educación Infantil (Prevention of drug dependence in Infant Education)*, pretende proporcionar una perspectiva de los Planes de intervención frente a la prevención de la adicción a las drogas, partiendo de una visión más general hacia una más concreta, haciendo recorrido bibliográfico de los planes a nivel nacional, autonómico y local y centrándose en cada uno de ellos en el análisis de la realidad y el ámbito escolar.

Para ello, es preciso conocer previamente las teorías que sustentan estos programas. Estos modelos teóricos son de índole evolutivo, integrativo y comprensivo y teorías sociales que tratan como cuestiones primarias las habilidades personales, sociales y métodos de intervención.

Puesto que el trabajo está orientado a la prevención en la etapa infantil, ha sido de interés relevante hablar del desarrollo evolutivo del niño. Dicho desarrollo hace referencia a la progresión y avances a nivel psicomotor, cognitivo y los rasgos psicopedagógicos que presenta el sujeto al entrar a formar parte de la comunidad educativa, en su incorporación a la escuela.

Una vez que se conocen las teorías subyacentes a los planes sobre drogas y el desarrollo evolutivo de los niños, se enmarca el tema de las drogas en España.

Se lleva a cabo un análisis de realidad en la década de los 80, haciendo un pequeño barrido histórico de la situación que el país había vivido recientemente. La heroína era la droga estrella en esta década, años más tarde iría decayendo su consumo, dando paso a nuevas drogas de síntesis en la década de los 90.

El primer Plan Nacional sobre Drogas nació en 1985. Más tarde, surgirían variaciones para adaptar de un modo más preciso los sistemas de prevención de las

drogas a la población. Así pues, de 2000 a 2008 se traza una Estrategia Nacional sobre Drogas y de 2009 a 2016, otra con ciertas variaciones o nuevos datos que reseñar. Tanto las Estrategias Nacionales como los Planes Autonómicos de Aragón y el Plan Municipal de Huesca, nos ofrecen una perspectiva de la población y las vías preventivas frente a las drogas.

Para tener una conciencia de las prevalencias de consumo de sustancias en España, se tienen en cuenta las encuestas ESTUDES y EDADES, que dan a conocer datos porcentuales.

Por último, se habla del Plan Integral de Prevención Escolar, que aborda la importancia de la Educación para la Salud como tema transversal en Educación Infantil a través del cual tratar la prevención de la drogodependencia.

## **JUSTIFICACIÓN**

He decidido realizar mi Trabajo de Fin de Grado acerca de la Prevención de la Drogodependencia en el ámbito educativo puesto que considero de las adicciones un tema de rigurosa actualidad en la sociedad en la que vivimos y a lo largo de las asignaturas de la carrera universitaria no ha sido visto.

Considero que desde la iniciación de los menores en los centros educativos, el personal docente debe conocer estrategias preventivas que serán enseñadas al alumnado. Desde la etapa de Educación Infantil es importante dotar a los menores de competencias personales y sociales para que el día de mañana, tomen conciencia de sus decisiones y no sean sujetos fácilmente influenciables.

## **METODOLOGÍA**

El trabajo realizado se ha basado en la revisión y búsqueda de fuentes primaria y secundaria de varias bases de dato, una la del Plan Nacional Sobre Drogas a nivel nacional, también de la Red de Proyectos de Promoción de la Salud del Gobierno de Aragón y de la Fundación de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Huesca.

## **1. ANTECEDENTES DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

Con la finalidad de prever la dependencia a las drogas a través de la promoción de la salud debemos educar y preparar a los miembros de la comunidad para que tengan un eje sobre el que sustentar sus condiciones personales y del medio en el que habitan, respaldados con la herramienta de la Educación para la Salud.

La escuela es uno de los espacios idóneos para tratar la prevención de la drogodependencia ya que puede encajar a la perfección en la Educación para la Salud, como tema transversal en la etapa de Educación Infantil.

Para hablar de ello, considero necesario hacer mención de una serie de antecedentes de lo que a día de hoy es considerado Educación para la salud.

El concepto “salud” no se basa únicamente en la no existencia de enfermedad física o mental, sino que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define dicho término como “estado completo de bienestar físico, mental y social”, es decir, el ámbito social, que podíamos considerar ajeno al término “salud”, está englobado en dicha definición. Entender la salud como una fuente de vida de la que nacerán aspectos referidos a lo social, físico y personal.

La Organización Mundial de la Salud tiene su inicio en 1946. Se crea para formar un eje que impulse la salud de manera mundial, para todos.

Lalonde, Ministro de Sanidad canadiense, afirma años más tarde, en 1974, que tanto el medio como el tipo y hábitos de vida llevados a cabo por cada sujeto, son los que determinan mayormente la salud de la población. En definitiva, los factores sociales más que los biológicos y sanitarios.

Con el fin de poder disfrutar de una trayectoria social y económica satisfactoria, en 1978 en Alma Ata (Kazajistán) en la Conferencia sobre Educación para la salud se da la “Declaración sobre ciudadanos primarios de salud” ordenó a los gobiernos trazar medidas para custodiar la atención primaria.

En 1986, la “Carta de Ottawa” (Canadá) exhibe el vínculo existente entre el medio, los hábitos de vida, lo referido a lo social y económico y la salud. De acuerdo con este escrito, la promoción para la salud es “el proceso político y social que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla”. Lo cual significa diseñar pautas para que no brote enfermedad y en caso de existir, impedir que avance y que deje grandes huellas.

Adentrados en los 90, la Declaración de Yakarta (Indonesia) de 1997, establece algunas preferencias acerca de la promoción para la salud, tales como: “promover la responsabilidad social para la salud, expandir la colaboración para la promoción de la salud, incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos y garantizar una infraestructura para la promoción de la salud”.

## **2. TEORÍAS QUE SUBYACEN A LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIA**

La finalidad de los modelos teóricos es llevar a cabo un análisis de los factores para concluir por qué hay sujetos consumidores de sustancias y otros no, para poder poner en marcha herramientas de prevención con objeto de frenar la prevalencia de consumo o bien reducir el mismo.

De acuerdo con Becoña (2001) (2002: 48) el origen del consumo puede fundamentarse en los siguientes puntos: primero, los agentes que propician el comienzo y consumo habitual de drogas en una parte de la población, en un tanto por ciento de personas y no en todas, después la evolución de drogas legales como tabaco y alcohol a drogas ilegales y por último, las condiciones referidas al sexo, edad de comienzo, grupo étnico, familia, disponibilidad de la droga que son claves en el comienzo temprano y desarrollo habitual de consumo de sustancias, su evolución en términos de escalada que pueda haber en el consumo de unas a otras drogas.

Los distintos modelos pueden estructurarse en tres bloques de teorías: Modelos fundamentados en escasos componentes; Modelos evolutivos y Teorías integrativas y comprensivas (Becoña, 2002: 80).

*Modelos fundamentados en escasos componentes*



Las teorías del primer grupo recogen la prevalencia de consumo con escasos componentes. La idea básica es que el consumo de sustancias viene producido por un factor de índole biológico.

Se encuentran inmersas en este grupo las teorías del aprendizaje sobre cómo son aprendidas las conductas o desechar las ya adquiridas, las teorías actitud-conducta y teoría de la conducta planificada de Azjen (1988), tratan de mostrar que a raíz de la actitud y creencias de cada individuo se puede predecir la conducta (Becoña, 1986).

Situamos en este mismo grupo la teoría integrativa de la conducta desviada de Kaplan (1996), de acuerdo a la cual “realizar un acto que se considera desviado respecto a una norma es visto como adaptativo por esa persona, en función del marco normativo particular de ella y en donde lo considera adaptativo, o de las expectativas del grupo concreto que lo define como adaptativo”. Importante destacar que el sujeto precisa tener una consideración y valoración positiva, constatando esta imagen de sí con la valoración de su grupo de referencia y demás individuos afines a él. En caso de no tener esta aceptación, se encuentra en gran medida expuesto a cometer hechos desviados con el fin de gozar de refuerzos donde cree encontrar él su propio respeto.

#### *Teorías de estadios y evolutivas*

De acuerdo con el modelo evolutivo de Kandel (1975) el consumo de sustancias supone un proceso que se inicia con drogas legales dando paso a la marihuana y concluyendo con otras sustancias ilegales.

En definitiva, las sustancias legales serían la antesala al suministro de ilegales, no en todos los casos.

Agentes clave en el consumo de drogas son la personalidad del propio individuo, familia y amigos.

Autores como Werch y Diclemente (1994), fundamentan su modelo en guiar a los individuos para que no se adentren en el consumo de sustancias o no se queden únicamente en la fase inicial que sería de experimentación, sin progreso hacia el consumo habitual.

### Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y Diclemente (1992)

Este modelo tiene como propósito que la motivación que precisan los sujetos se convierta en intrínseca, en algo interno a ellos. Es importante destacar que además de en el ámbito de la drogodependencia también se ha recurrido a este modelo en el tema de violencia de género.

Prochaska y Diclemente, dividen en seis fases el proceso: pre-contemplación, contemplación, preparación para la acción, acción, mantenimiento y finalización.

En la primera fase, el individuo no reconoce padecer ninguna dificultad problemática, por consiguiente no tiene voluntad de cambio.

En el estadio de contemplación, el individuo se cuestiona que quizá exista conducta problemática, a pesar de no llevar a cabo ningún cambio.

En la tercera fase, -preparación para la acción-, se dispone a emprender actuación para comenzar a solventar la situación problemática y en la etapa de acción, se ponen en marcha las actuaciones, logrando de este modo las primeras metas de acción aunque tengan dificultad para ello.

En el mantenimiento, el individuo consigue sostener por un tiempo las nuevas acciones que ha establecido y emplea tácticas para evitar volver a caer en lo anterior.

Por último, en la fase de finalización, la persona valora que la conducta problemática se encuentra totalmente resuelta.

En 1996, Labouvie propone el modelo de la madurez sobre el consumo de drogas. Este modelo aguarda su esencia en la autorregulación del sujeto, es decir, control de su propia persona y eficacia. De acuerdo con este autor, el individuo debería establecer unos objetivos a conseguir, el hecho de que sea capaz de ello le evitará la depresión y estancamiento en el consumo de drogas. Sus estudios realizados acuerdan que conforme transcurren los años, los jóvenes tienden a reducir la prevalencia de su consumo coincidiendo con la edad aproximada de deseo de formar una familia y tener una vida en pareja, es decir, caminan hacia la madurez (Becoña, 2002:151).

En este bloque de teorías de estadios se sitúa también el modelo psicopatológico del desarrollo de la etiología del abuso de drogas de Glantz (1992). Conforme a este modelo, el consumo de drogas tiene su tronco principal en determinados agentes tales como neurológicos y genéticos, agentes psicológicos y psicopatológicos, del entorno físico y social en el que desarrollan sus vidas y estar dispuesto y abierto a llevar a cabo conductas problemáticas.

Pero en 1998, Oetting aborda la teoría de la socialización que pondrá en entredicho las teorías anteriores, dejándolas escasas en sus explicaciones.

Oetting defiende que toda conducta social es adquirida mediante aprendizaje, es decir no es intrínseca a la persona, sino que proviene del exterior y es el individuo quien la hace propia mediante el aprendizaje.

#### *Teorías integrativas y comprensivas*

Por un lado, son teorías que recaban factores y estrategias provenientes de otras teorías y por otro lado, tienen la finalidad de unificar una explicación del problema.

El modelo de Promoción de la Salud pertenece a este bloque de teorías. Dicho modelo manifiesta que la salud es un derecho universal. Las vértebras de éste son: “establecimiento de una política pública saludable, crear entornos que apoyen la salud, fortalecer una acción comunitaria para la salud, desarrollar las habilidades personales y reorientar los recursos sanitarios (Green y Kreuter, 1991).

Otras teorías y modelos a destacar, inmersas en las teorías integrativas y comprensivas son la teoría del aprendizaje social de Bandura (1986), el modelo de desarrollo social de Catalano, Hawkins y sus colaboradores (1996), la conducta problema de Jessor y Jessor (1977) y el modelo de autocontrol de Santacreu (1991-1992).

La teoría del aprendizaje social de Bandura es una fuerte raíz sobre la que se expanden muchos planes relacionados con la prevención del consumo de sustancias. Su eje central es la autoeficacia, puesto que tiene una estrecha vinculación con “adquirir, mantener y cambiar la conducta” (Becoña, 2002:182).

El modelo de desarrollo social de Catalano, Hawkins y sus colaboradores (1996) está basado en explicar la problemática conducta proporcionando gran espacio al tema de factores de riesgo y protección, que los tienen muy en cuenta para dar justificación a la conducta.

De acuerdo con la conducta problema de Jessor y Jessor (1977), pone el acento en los factores de riesgo y protección. La necesidad de que disminuyan los primeros y asciendan los segundos.

Botvin (1995) expuso un plan de prevención basándose en su modelo integrado general de la conducta de uso de drogas. Calafat et al. (1992) desarrolló el programa “Tú Decides”, con un planteamiento de prevención que tiene su base fundamental en el modelo de estilos de vida y factores de riesgo y protección para el consumo de drogas. Este programa encamina la prevención en la importancia que tiene la influencia en los factores de riesgo y protección para eludir la prevalencia de consumo.

De acuerdo con Díaz y Sierra (2008:181) según Calafat, estos elementos de riesgo y protección son: “la coherencia social y hábitos de consumo de la sociedad, la familia, la escuela, el uso del tiempo libre, la relación con los padres, la relación con los compañeros, la información, la personalidad, la actitud, la experiencia con otras drogas y el consumo”

#### *Teoría de las habilidades sociales de Botvin*

El “Entrenamiento en habilidades para la vida” (“Life Skill Training”, LST), 1995, es un enfoque de prevención primaria, desarrollado por Botvin, para ser puesto en práctica en las aulas.

El enfoque preventivo LST encuentra su base en un modelo de consumo de droga que se fundamenta en cómo el sujeto interactúa con el medio que le rodea. Focaliza la atención en el proceso de enseñanza- aprendizaje, de destrezas de aplicación propia, destrezas de tipo social y aprendizaje de estrategias para evitar la influencia de iguales que potencien el consumo de sustancias.

El autor señala como agentes principales que incitan a la prevalencia de consumo de sustancias, los de índole psicológica y social.

Este plan está diseñado para ser llevado durante tres años distribuido en quince sesiones de aula y cuenta con dos elementos principales: instrucción en destrezas con la finalidad de acrecentar la competencia personal general del sujeto y el elemento vinculado con la prevalencia de consumo de sustancias.

Los apartados con los que cuenta el programa son: “habilidades personales de automanejo, habilidades sociales, información y habilidades relacionadas con las drogas, intervención adicional, materiales utilizados en la intervención, métodos de intervención y aplicadores de la intervención: selección y entrenamiento” (1995: 181)

a. Habilidades personales de automanejo

Este apartado está orientado a reconocer actos problemáticos, establecer unas metas respecto a lo que está aconteciendo, proponer medidas y valorar los resultados obtenidos y proporcionar a los individuos destrezas para que ellos mismos sean capaces de hacer frente a la ansiedad generada y otras emociones.

b. Habilidades sociales

Se pretende mejorar la habilidad de índole social ofreciendo estrategias sociales, comunicativas, de conversación y las relacionadas con la interacción interpersonal.

c. Información y habilidades relacionadas con las drogas

La finalidad de este elemento se encuentra orientada a los saberes y disposición o postura que se tiene hacia la prevalencia de consumo de sustancias, así como las destrezas encaminadas a evitar la dominancia del grupo de amigos y de los medios de información que incentivan la prevalencia de consumo.

d. Intervención adicional

El plan de intervención adicional está pensado como apoyo a los recursos materiales empleados en el primer periodo de puesta en práctica del enfoque LST. Serán adjuntos a

las sesiones extra los recursos materiales vinculados a cuestiones problemáticas concretas y también las destrezas generales acerca de cómo prevenir la violencia.

e. Materiales utilizados en la intervención

Tanto profesores como alumnos y alumnas hacen uso de una guía correspondiente a sus roles en la que aparecen los temas a tratar y tareas a realizar y desempeñar.

f. Métodos de intervención

El procedimiento más eficaz para intervenir es la discusión y entrenamiento, aunque no pueden ser desechadas las tácticas tradicionales puesto que también son adecuadas para la intervención.

Las estrategias relacionadas con el pensamiento y la conducta son trabajadas en el enfoque LST mediante el concierto de instrucción, muestra, entrenamiento del comportamiento, feed-back, refuerzo social de tipo positivo y trabajo para realizar fuera de la escuela relacionado con el comportamiento

Los profesores son quienes se encargan de la puesta en marcha de los planes preventivos en la escuela. Además de ellos, se elige a algunos alumnos y alumnas como líderes del grupo de compañeros. La elección se realiza observando la capacidad para liderar con la cuentan, la predisposición, curiosidad y compromiso por el tema a tratar. La colaboración es un ingrediente indispensable entre los líderes de grupo para poder desempeñar de manera satisfactoria la tarea encomendada.

Se propone una conferencia para acercar al programa tanto a profesores como alumnos posibilitando el aprendizaje de estrategias y competencias para que la puesta en práctica del plan sea óptima.

Con respecto al comienzo del programa preventivo, se ha dedicado en los últimos años más espacio a la interacción y práctica tanto en las conferencias para formar a profesores y alumnos como en la aplicación del plan, así como más material. Con el paso del tiempo, se van reajustando aspectos que envuelven al programa para optimizar la práctica del mismo.

Los profesores y líderes de grupo hacen una asamblea previa a las sesiones para facilitar el material de trabajo y hablar acerca de lo que van a enseñar al resto de alumnos.

El modelo de autocontrol de Santacreu (1991-1992), manifiesta que el inicio está en la necesidad de los jóvenes por lograr alabanzas o consignas distintas de las que ya disponen con el fin de poseer su propio autocontrol fuera del contexto familiar. Es decir, tomar distancia de los refuerzos de sus progenitores para encontrar ellos mismos su propio refuerzo.

### **3. DESARROLLO EVOLUTIVO ENTRE 0 Y 6 AÑOS**

El desarrollo evolutivo puede definirse como el conjunto de cambios que se dan en los individuos durante el transcurso de la vida. Las relaciones que establece el sujeto con el medio en el que se desarrolla y habita (contexto cultural y social) y el factor biológico y genético son los principales agentes de este proceso.

El proceso evolutivo destaca por ser dinámico y adaptativo. El sujeto es parte activa, no es un mero captador y reproductor de información sino que fabrica y construye su aprendizaje, manipulando, interactuando con su entorno, ambiente y grupo de referencia, entablando relaciones, adaptándose al medio en el que vive. Se encuentra expuesto a constantes cambios y va estableciendo su pensamiento.

Cabe destacar que es un camino continuo donde se produce andamiaje, es decir, el individuo tiene unas destrezas que va desarrollando y hay un progreso constante. Cuenta con unas competencias que le sirven para constituir sobre esa base nuevo conocimiento.

#### **a. Desarrollo psicomotor**

Respecto al desarrollo psicomotor, el propósito es que el sujeto consiga controlar el cuerpo conociéndose a sí mismo y sus posibilidades. Este proceso lleva consigo un agente externo, como es la acción y un agente interno como es la representación del cuerpo y lo que éste puede hacer.

En el desarrollo motor es importante destacar la acción simultánea del triángulo formado por la programación madurativa, las circunstancias del ambiente donde se desarrolla y las características del sujeto.

Gracias a los reflejos, el bebé puede ir adaptándose al medio. Más tarde, se extinguirán algunos de ellos para aparecer como conductas motoras voluntarias, lo cual es indicativo de que la corteza cerebral está siendo controlada voluntariamente por el sujeto.

Junto al desarrollo psicomotor se da el control postural. El sujeto va adquiriendo y sumando conductas y habilidades motoras interdependientes unas de otras. Algunos aspectos que intervienen en el control motriz son la percepción visual, la propiocepción (capacidad que tiene el individuo para sentir en qué posición se encuentran las partes de su cuerpo), el equilibrio y el tono muscular.

El proceso de mielinización de las neuronas motoras cobra relevancia hasta los cinco años, importante para que se produzca una transmisión de la información eficaz, por tanto haya maduración y como resultado se aprecien mejoras en el control postural, promoviendo un funcionamiento cognitivo adecuado.

La mayor parte de cambios sufridos a partir de los dos años a nivel psicomotor se encuentran vinculados con la independencia y la coordinación motriz.

Entre los dos y seis años, el individuo va construyendo su esquema corporal mediante la maduración y aprendizajes, con las vivencias que va haciendo con su propio cuerpo.

Con elementos perceptivos, motores, cognitivos, lingüísticos y la experiencia social, va formando su esquema.

El desarrollo de habilidades motrices hace posible la exploración del medio y las posibilidades de acción en él.



Hacia los cinco años aproximadamente se establece la lateralidad, que viene indicada por el hemisferio cerebral. La lateralidad es el uso preferente de una parte del cuerpo sobre la otra y este uso se valora a través de manos, pies, oídos y ojos.

#### b. Desarrollo cognitivo

Piaget destaca cuatro fases interdependientes ligadas a una edad, de acuerdo con Palau (2001:80).

Estadio sensoriomotor de cero a dos años. No existe representación interna de lo que sucede en el exterior y sus acciones son motoras. De los reflejos avanza hacia las conductas, actúa mediante inteligencia práctica relacionada con sus sentidos. Repite las conductas y las consolida, permitiendo así aprender otras nuevas

Entre los dos y seis años, se da el estadio preoperacional, donde destaca el pensamiento simbólico y el lenguaje. El individuo empieza a imitar conductas externas y prevalece el juego simbólico. De la inteligencia práctica progresa hacia una inteligencia representativa, con esquemas internos. Su hábito práctico se convierte en mental, permitiendo que su mundo se expanda mucho más.

En la siguiente etapa, comprendida entre los siete y once años, surge la lógica en el razonamiento y es puesta en marcha en situaciones de la vida cotidiana. Esta fase es conocida como operaciones concretas.

Por último, a partir de los doce años, en el estadio de operaciones formales, el ser alcanza tener un conocimiento abstracto.

#### c. Rasgos psicopedagógicos en la etapa infantil

De acuerdo con el Programa de Prevención Escolar (PIPES) de 2000, a la hora de incorporarse el sujeto en un centro educativo, el niño pasa un periodo de adaptación y cambios en el terreno personal. En el ámbito familiar, el niño es el centro de atención, pero al llegar a la escuela, esa atención ya no es únicamente destinada a él, sino a él y a los demás alumnos que componen el grupo de clase. Estas variaciones hacen mella en el desarrollo evolutivo del niño. El rol del maestro será ser el guía del sujeto en esta

importante etapa, potenciando el conocimiento de sí mismo y del entorno social y físico en el que convive.

#### **4. ANÁLISIS SOBRE EL PRIMER PLAN NACIONAL DE DROGAS, 1985**

En la década de los sesenta, empezó a cobrar relevancia en España el consumo desmesurado de cannabis y derivados de esta droga así como el tráfico de la misma.

A finales de los setenta, prácticamente adentrados en los ochenta, tanto el consumo como el tráfico de drogas se dispara a consecuencia de algo novedoso: la heroína y L.S.D, siendo la primera la droga reina de la época.

En 1978 tiene lugar la creación de la Comisión Interministerial para el Estudio de los Problemas derivados del Consumo de Drogas (R.D. 3032/1978, de 15 de diciembre) pero el ámbito político no mostró conciencia real acerca del tema de las drogas ni medios para poner freno hasta que en 1983 la Administración se pronunció proporcionando respuesta, abriendo centros ambulatorios y comunidades terapéuticas, incrementándose ambos a día de hoy.

A mediados de 1985 se aprueba el Plan Nacional sobre Drogas para diseñar y llevar a cabo por las Administraciones un concierto de pautas de acción con el fin de “afrontar el fenómeno global del uso y abuso de drogas en nuestro país” (Plan Nacional sobre Drogas, 1985, 24 de julio). La finalidad de dicho Plan es que haya un descenso en la compra-venta de sustancias, incrementar la seguridad de las persona y una atención de calidad para el individuo y la sociedad.

De acuerdo con el primer PNSD (1985:11) son dos los factores clave en el inicio de la drogodependencia, por un lado la fácil disponibilidad de la droga y por otro un modelo de sociedad que no proporciona proyectos colectivos disponibles, especialmente, para los jóvenes de nuestro país.

Respecto al apartado de “asistencia” que recoge el Plan, se propone coordinación entre los Servicios de Salud y Servicios Sociales y alternativas al internamiento.

El Plan Nacional sobre Drogas partió de la Administración Central hacia Administraciones Autonómicas.

#### **4.1 Análisis de la realidad sobre las drogas en la década de los ochenta**

Para llevar a cabo un análisis sobre las drogas en los años ochenta, es indispensable enmarcar el momento histórico que estaba atravesando España.

La década de los setenta está marcada por el fallecimiento de Franco y el inicio hacia la democracia con una transición pacífica, dando lugar a la Constitución de 1978.

Entre los setenta y los ochenta, se va creando una alarma en la sociedad española vinculada a ciertos hechos sociales y culturales tales como una defensa a ultranza de unas condiciones y pautas de vida debido al periodo de cambio que se estaba viviendo en ese momento, sentimiento de pertenencia a un grupo determinado, deseo de manifestar por medio de la droga propósitos a conseguir, mostrando a su vez el malestar existencial y la presión social.

Entre 1977 y 1981, jóvenes procedentes de una clase social media, se adentran en el mundo de la heroína para protestar y mostrar el descontento hacia las funciones sociales y culturales de aquella época, nombradas anteriormente. Es considerado el momento de mayor apogeo de la heroína puesto que fueron muchas las personas que se sumaron a ser consumidoras de dicha sustancia.

Los sectores marginales no tardarían en convertirse, hacia 1985, en consumidores hasta el punto de ser la heroína su seña de identidad, asentando la unión de dos conceptos: droga y marginación.

De 1985 a 1990, no hubo grandes cambios respecto al consumo pero sí comenzó a surgir un nuevo frente: el sida, vinculado totalmente al consumo de droga a través de la sangre a la vez que incrementó el índice de mortalidad a causa de la sobredosis y la aparición de una nueva sustancia, la cocaína, quedando en un segundo plano la heroína, ya en la década de los noventa.

#### **4.2 Análisis sobre prevención en ámbito educativo según el documento “Análisis sobre prevención de drogodependencia en el marco de la educación para la salud: factores de riesgo y de protección”, 2008.**

Los centros educativos son considerados lugares idóneos para el proceso de enseñanza- aprendizaje de conocimientos relacionados con actitudes, conocimientos sociales, afectivos y, por supuesto, académicos.

Por ello, son espacios adecuados para llevar a cabo el tratamiento de la prevención de la drogodependencia a través de la educación para la salud. Los agentes de la comunidad educativa previenen el riesgo de que los alumnos caigan en el consumo de drogas por su rol como referencia para los menores.

La educación para la salud lleva consigo, en su término, proporcionar ayuda a los individuos, a los alumnos, para implementar hábitos y estilos saludables a su vida. Esto no sería posible únicamente con la actuación en el aula del maestro o profesor tutor, sino que debe ser un tema abordado, por el equipo docente, los proyectos y programaciones diseñadas para ser trabajadas en los centros.

Otras de las razones por las que llevar a las aulas la prevención del consumo de drogas es que el centro educativo, las familias y los iguales son los referentes de socialización más cercanos a los alumnos. Además, en todo el periodo escolar, los alumnos se encuentran expuestos a cambios que suponen tanto momentos de felicidad como momentos difíciles, donde va constituyéndose la manera de ser de los alumnos “quedando expuestos a riesgos como es al consumo de drogas” (Díaz, R. y Sierra, M. 2008:172).

#### **5. ANÁLISIS DE LA REALIDAD SOBRE LA SITUACIÓN DE LAS DROGAS EN LA DÉCADA DE LOS 90**

En los años 80 la droga estrella, como se ha comentado anteriormente, era la heroína. Pues bien, en la década de los 90, se fue estancando su consumo, incluso decayendo, dando paso a nuevas drogas, las conocidas como drogas síntesis (éxtasis o MDMA). Estas nuevas drogas suelen ser derivadas de la anfetamina y alucinógenos, agentes que estimula el sistema nervioso central.

Tanto en el contexto social como en el consumo de sustancias hubo cambios, una evolución. Si bien anteriormente se asociaba y relacionaba el consumo de la heroína con el sector marginal, en los años 90 se va recortando esta idea paulatinamente. También se producen modificaciones en el modo de consumir la antigua droga estelar, que pasa del consumo vía intravenosa a ser consumida mediante la inhalación o el tabaco en el caso del cannabis.

Las drogas síntesis, así como la cocaína y el alcohol solían ser mayormente consumidas por jóvenes durante el fin de semana en su tiempo de ocio con el fin de aumentar el disfrute del mismo.

Haciendo un barrido por las demás sustancias, puede afirmarse que el consumo de la cocaína no experimentó grandes avances en la sociedad aunque puede apreciarse un incremento en el consumo de los jóvenes de nuestro país, así como el del cannabis. Alcohol y tabaco se asocian con los momentos de diversión y de forma social en el fin de semana, pero la dependencia del primero de ellos se asocia a personas de edad avanzada, entre los cuarenta o cincuenta años.

En general, se desarrolló en esta etapa una conciencia social positiva acerca del consumo y tráfico de sustancias tóxicas así como la potenciación de las líneas de puesta en marcha de los planes de acción sobre drogas por parte de las Administraciones Públicas.

## **6. ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE DROGAS, 2000-2008**

El Plan Nacional sobre drogas de 1985 tuvo que ser redefinido para ajustarse y aproximarse a las necesidades de la población y mirando al futuro, de acuerdo a cómo había evolucionado el consumo de las drogas en la sociedad.

Desde la Administración General del Estado y el vínculo establecido con las Comunidades Autónomas y las Administraciones Locales, ha sido posible llevar a cabo unas líneas de intervención y programas preventivos sobre drogas (Real Decreto 1911/99 de 17 de diciembre).

## **6.1 Ámbito educativo de la Estrategia Nacional, 2000-2008**

Los sistemas necesarios para llevar a cabo la prevención en las escuelas están fundamentados en la Educación para la Salud, como así lo acuerda la LOGSE. Evidentemente, para que puedan ser puestas en práctica deben coordinarse tanto equipo docente como familias para proporcionar una prevención óptima a los alumnos, para ello es indispensable la colaboración y comunicación con entidades y organismos que trabajan directamente con los temas de adicciones y que pueden aportar muchos recursos e información necesaria a los maestros para ser transmitida y adaptada al momento evolutivo en el que se encuentran los niños.

Todo lo tratado acerca de la prevención de las drogas, debe encontrarse incluido en el Proyecto Educativo del Centro.

En la etapa de Educación Infantil, los planes se basan en establecer unas bases de higiene personal, cuidado del propio cuerpo y conocimiento del mismo, tener independencia y capacidad de decisión para que desde una temprana edad aprendan a tomar decisiones y no manifiesten una tremenda influencia y sensibilidad hacia las presiones.

## **7. ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE DROGAS, 2009-2016**

La estrategia Nacional sobre drogas 2009.2016 pretende enriquecer las decisiones relacionadas con la prevención, tener mayor consideración con los usuarios consumidores de sustancias y rebajar los agentes de riesgo así como focalizar la atención en los que se encuentran presentes

Igualmente señala el trabajo paralelo llevado a cabo en la década de 2000 de las administraciones locales con las ONGs y otras corporaciones que abordan el tema de la drogodependencia.

A la hora de confeccionar esta estrategia, se han valorado los informes, estrategias y planes tanto de España como del resto de países de Europa y por supuesto, la Administración Local ha sido un punto de apoyo para llevar a cabo la aprobación de la estrategia.

“Como desarrollo y complemento al marco establecido en la Estrategia, se van a elaborar dos Planes de Acción cuatrienales y consecutivos” (Estrategia Nacional sobre drogas 2009-2016: 27)

### **7.1 Análisis de la realidad sobre las drogas de 2000 a 2016**

De 2000 a 2008 se ha producido un descenso en los sujetos que consumían por vía intravenosa y por consiguiente en el número diagnosticados de VIH y hepatitis.

También se aprecia una disminución en la prevalencia de consumo de sustancias tales como el alcohol, el tabaco, el cannabis y la cocaína, especialmente en adolescentes.

Hacia el año 2007, la droga estrella en nuestro país es el cannabis.

“En 2007, la prevalencia de consumo en los últimos doce meses entre la población adulta, de quince a sesenta y cuatro años, que se había estabilizado entre 2003 y 2005 en torno al 11,2 por 100, disminuyó dos puntos porcentuales hasta las cifras de 2001. Esta evolución es consistente con los datos registrados para la prevalencia de consumo diario en los últimos treinta días que en 2007 se aproxima a los niveles apreciados en 2001 (1,6 por cien)”.

En el sector adolescente, comprendido entre los catorce y dieciocho años, se aprecia de 2004 a dos años posteriores una decadencia notable de consumo de sustancias del 36,6 por cien al 29,8 por cien. (Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008: 35).

Respecto al tabaco, existe un descenso de 2004 a 2006, habiendo un 21,5 por cien en principio y cayendo a un 14,8 por cien, dos años más tarde. En el alcohol hay decadencia tanto en la población adolescente como en la adulta.

“La mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas ha disminuido considerablemente en los últimos años, habiéndose incrementado la proporción de fallecidos en que se encuentra la cocaína” (Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016: 38)

En 2006, las principales urgencias médicas de pacientes consumidores fueron por suministrar cocaína primeramente, urgencias por intoxicación con bebidas alcohólicas vinculado al consumo a su vez de otras sustancias y en tercer lugar, cannabis.

Es necesario que para llevar a cabo el Plan Nacional sobre Drogas, debe existir un hilo de coordinación entre las corporaciones públicas. Esta coordinación se da entre el Grupo Interministerial, la Conferencia Sectorial y la Comisión Interautonómica del Plan Nacional sobre Drogas.

Como se nombró previamente, la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 focaliza su atención en el descenso de los agentes de riesgo y daños. La finalidad es eludir que los sujetos se inicien en el periodo de experimentación del consumo de sustancias y rehuir el paso del suministro eventual de drogas a un consumo habitual y obstaculizar que la salud se vea afectada por el consumo.

En relación con la información y la investigación, la Estrategia europea 2005-2012, señala como resultado a conseguir: *“una mejor comprensión del problema de la droga y el desarrollo de una puesta óptima al mismo, mediante una mejora apreciable y sostenible de la base de conocimiento y de su infraestructura”*.

En este campo, la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016, considera como meta principal aumentar cuantitativa y cualitativamente la investigación para ser testigos de las variables relacionadas con las drogas y su capacidad de producir adicción, su consumo, prevención y tratamiento así como potenciar la evaluación sistemáticamente de los programas y actuaciones.

## **7.2. Ámbito educativo de la Estrategia Nacional, 2009-2016**

Como bien se ha nombrado en el ámbito educativo de la Estrategia Nacional anterior, la coordinación y colaboración entre la sociedad escolar y los departamentos externos encargados de tratar la drogodependencia es indispensable para que sea posible una acción preventiva eficaz en el terreno de la educación.

Debe existir una estrecha relación entre los órganos de sanidad, los responsables de los aspectos sociales y por supuesto el equipo educativo para impulsar la Educación



para la Salud y permitir que haya crecimiento de los sistemas de prevención y éstos sean trasladados a las aulas para que desde pequeños interioricen unas pautas y hábitos saludables y desarrollen competencias personales y actitudes positivas y de autoafirmación, que en el futuro serán los agentes que protejan a niños y adolescentes de la permanente insistencia de adentrar a nuevos sujetos en el mundo de las drogas.

## **8. ENCUESTA ESTATAL SOBRE USO DE DROGAS EN ENSEÑANZAS SECUNDARIAS (ESTUDES), 2012-2013**

Viene siendo desempeñando bianualmente desde el año 1995 el Programa de Encuestas sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) bajo la dirección de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) y contando con la participación de las comunidades autónomas.

Tras la realización de diez encuestas, en los años comprendidos entre 1995 y 2013, los datos obtenidos permiten conocer como ha sido el avance en España sobre los mayores consumos de sustancias legales e ilegales.

Además de estos datos y sus estadísticas, se obtienen a su vez otros aspectos que también revisten gran interés como son la edad de inicio, la disponibilidad de los distintos tipos de drogas, los patrones de consumo, la perspectiva que tiene la población hacia la dependencia de sustancias, su impacto social y las estrategias más adecuadas para poner solución.

El Observatorio Español sobre Drogas (OED) tiene como fin proporcionar una perspectiva general de los rasgos y la progresión de las sustancias psicoactivas, alcohol, tabaco y las situaciones problemáticas dadas en España que tienen vinculación con dicho tema.

Uno de los recursos de los que se extrae información es la Encuesta Estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES) según el Informe del Observatorio Español sobre drogas 2009.

Me centraré en ESTUDES 20012-2013, puesto que es la encuesta más actual.

La finalidad de ESTUDES es “conocer la situación y las tendencias de los consumos de drogas, los patrones de consumo, los factores asociados y las opiniones y actitudes ante las drogas de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años y orientar el desarrollo y evaluación de intervenciones destinadas a reducir el consumo y los problemas asociados”.

De acuerdo con esta encuesta, la población adolescente, comprendida entre los 14 y 18 años, es mayoritariamente consumidora de alcohol con un porcentaje del 81,9%, seguida del tabaco con un 35,3% y en tercer lugar el cannabis con un 26,6%. Estos porcentajes están extraídos a partir de una muestra de 27503 estudiantes.

Respecto al sexo, el género femenino presenta una mayor prevalencia de consumo con un 82,9% frente al 80,2% del sexo masculino. Lo mismo ocurre con el alcohol, son mayores consumidoras las chicas que los chicos con un 37,5% y un 33,1%, respectivamente. En cambio, son ellos quienes consumen más drogas ilegales como es el caso del cannabis con un 29,7%, quedando en un 23,3% la prevalencia de consumo de sustancias en ellas.

En función de la edad y edad media en la que comienza el suministro, puede afirmarse que el número de sujetos consumidores incrementa con la edad. La edad media de inicio se encuentra comprendida entre los trece y dieciséis años.

En el tabaco, suele producirse el inicio a los 13,6 años y el suministro de alcohol a los 13,9 años. Algo más tarde brota el comienzo de consumo del cannabis, a los 14,9 años.

En el caso del tabaco, aumenta más del doble dándose un 20,6% en adolescentes de catorce años y logrando un 48,6% al llegar a la mayoría de edad.

En el alcohol, se aprecia un incremento porcentual de la prevalencia de consumo de los catorce a los dieciocho años, siendo un 63,1% a los catorce años y un 91,3% al alcanzar la mayoría de edad.

El consumo de cannabis se triplica llegando a un 38,4% a los dieciocho años, siendo de un 10,5% la prevalencia de consumo a los catorce años.

La progresión referente al consumo de alcohol, disminuye porcentualmente en la población adolescente en 2013 a pesar de manifestar un rango elevado las borracheras de los adolescentes, siendo tres de cada diez los individuos consumidores de esta sustancia en el último mes.

Es más frecuente el suministro de alcohol cuando se organizan botellones que cuando no, sumando al consumo de alcohol el suministro de drogas ilegales tales como el cannabis. El porcentaje hallado de la prevalencia de consumo de alcohol cuando la población adolescente se encuentra para hacer botellón, es del 97,2%. En menor medida se produce el de cannabis con un 58,5% frente al 4,7% de sujetos que consumen fuera del botellón.

Espacios donde se proporciona mayor accesibilidad para adolescentes entre catorce y diecisiete años, es decir, menores de edad todos ellos, es en establecimientos como tiendas, con un 61,8% y bares, 57,7%. De lunes a viernes es mayor el consumo de cerveza, siendo en fines de semana mayor el suministro de combinados de bebidas, alcanzando un 62,4%.

El cannabis es la droga ilegal más consumida por la población adolescente, mostrando en 2012 un 33,6% de sujetos jóvenes que han consumido alguna vez en la vida, 26,6% en el último año y 16,1% en el último mes. Haciendo un balance desde 2008 hasta 2012, no ha habido grandes variaciones, con un 35,2% de prevalencia de consumo alguna vez en la vida, pero sí las ha habido en el último año y último mes con un 30,5% y un 20,1%. En definitiva, se tiene mayor concienciación de lo que conlleva la prevalencia de consumo de cannabis a nivel físico, psicológico y social, pero a pesar de ello, la población adolescente no asocia grandes riesgos al uso y disfrute de esta droga ilegal.

Referente al rendimiento en la escuela, “el consumo del cannabis se asocia a peor rendimiento escolar. El 44% de los jóvenes que consumen cannabis ha repetido curso, frente a un 27,9% de repetidores entre los no consumidores. El porcentaje de buenas calificaciones es mayor entre los estudiantes que no consumen cannabis, 41,3% frente a los consumidores que representan el 26%” según ESTUDES 2006-2012 del Informe del Observatorio Español sobre Drogas 2009.

En función de si consumen o no su grupo de iguales, el sujeto tiene mayor probabilidad de convertirse en consumidor. En referencia a los últimos treinta días, el porcentaje de individuos que consumen sustancias en relación a cuánto salgan por la noche, es del 49,5% si salen tres noches a la semana, frente a un 33,8% si salen una sola noche y un 17,1% aquellos que salen menos de una noche al mes. Conforme más tarde llegan a sus casas, mayor es la prevalencia de consumo.

El alcohol, más del 90%, y el cannabis, 69,4%, son las drogas a las que los adolescentes tienen mayor acceso y les resulta más sencillo adquirir. La situación problemática se produce porque no se tiene conciencia del riesgo del alcohol y es apreciada la droga más leve, menos fuerte.

## **9. ENCUESTA SOBRE ALCOHOL Y DROGAS EN ESPAÑA. EDADES, 2013**

La encuesta española EDADES de 2013, que es la más actual, se lleva a cabo en hogares de personas dispuestas a participar, que cuentan con un rango de edad que comprende desde los 15 a 64 años. Se cuenta con una muestra de 23.136 sujetos.

La encuesta tiene como propósito recabar datos para plantear estrategias de prevención relacionadas con el consumo de sustancias legales e ilegales y los problemas que surgen a consecuencia de dicho consumo. En esta encuesta se cuenta con resultados obtenidos de población que tienen un rango de edad comprendido entre 15 y 64 años.

Los organismos encargados de llevarla a cabo son el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad (Informe del Observatorio Español de la droga y las toxicologías, 2015:21).

Puede afirmarse que el consumo de sustancias asciende conforme a la edad. Los adolescentes suelen iniciarse en el consumo de sustancias entre los trece y dieciséis años.

Las sustancias que cuentan el porcentaje más elevado de consumo son, en primer lugar, con un 78% el alcohol, seguido de un 41% perteneciente al tabaco y en tercer y cuarto lugar los hipnosedantes y cannabis son representados con un 12% y 9%,

respectivamente. Los hipnosedantes es importante destacar que la mayor prevalencia de consumo se sitúa en individuos de treinta y cinco años, no son sustancias que prevalezcan entre la población adolescente y joven.

El alcohol es la droga legal que más se consume, con un porcentaje del 78% en el último año, 30% en el último mes y 10% de consumo diario referido al último mes.

Las borracheras están más focalizadas entre individuos de quince a treinta cuatro años, siendo el 40% hombres y el 20% mujeres quienes han manifestado borrachera alguna vez en el último año.

De acuerdo con la información obtenida de la encuesta EDADES 2013, presente en el Informe del Observatorio Español de la droga y las toxicologías, afirma que la media en España prevalencia de consumo de alcohol de miembros entre quince y sesenta y cuatro años por la Comunidad Autónoma de Aragón es del 93,1 % alguna vez en la vida, 78,3% en el último año y en el último mes del 64,4%.

Respecto al tabaco, se aprecia cierto descenso de 2005 a 2013 a raíz de que se diera luz verde a la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, que implantó serias restricciones, a pesar de ello no presenta grandes variaciones la prevalencia de consumo de esta sustancia.

Según afirma la encuesta EDADES en 2013, los sujetos de quince a sesenta y cuatro años han consumido alguna vez en la vida tabaco, el 41% en los últimos doce meses y el 38% en los últimos treinta días.

La media porcentual en nuestro país de la prevalencia de consumo diario de esta sustancia en personas de quince a sesenta y cuatro años, representa el 73,1% con el indicador alguna vez en la vida que ha descendido respecto al valor de 2009 que era situado en un 75% (Informe del Observatorio Español de la droga y las toxicologías, 2015: 61. Volviendo a 2013, un 40,7% afirma haber consumido en el último año y un 38,3% en los últimos treinta días.

En referencia a la cuarta sustancia más consumida por la población, el cannabis, “el 30% lo ha consumido alguna vez en la vida, el 9% en los últimos doce meses y el 7% en

los últimos treinta días” (Informe del Observatorio Español de la droga y las toxicologías, 2015: 10). El 30,4% de media española afirma haber consumido alguna vez en la vida, el 9,2% en el último año y el 6,6% en los últimos treinta días. Estos porcentajes han sido extraídos de las Comunidades Autónomas.

La prevalencia de consumo del cannabis está estrechamente relacionada con la del tabaco, es decir los sujetos que reconocen haber consumido cannabis también reconocen haber fumado tabaco.

#### **10. ANÁLISIS DE LA REALIDAD DEL PRIMER PLAN AUTONÓMICO SOBRE DROGODEPENDENCIA, 2005-2008. ARAGÓN**

En el plan autonómico donde se estructura la prevención sobre drogodependencia, deben ser apreciados rasgos como la estratificación de los habitantes en Aragón y la organización territorial. Además de poner el foco en la asistencia y recuperación, es necesaria la atención en sistemas preventivos incidentes en las formas de vida y disminución del deterioro.

Enriquecer la coyuntura de la atención a trastornos derivados de las adicciones en nuestra comunidad autónoma, precisa un replanteamiento en la estructura y funciones en la actual trama y el diseño de procedimientos nuevos que ofrezcan respuesta a las necesidades sanitarias de los sujetos que padecen adicciones.

En Aragón, el foco hacia las adicciones se encuentra encaminado a una visión social donde se pretende ofrecer sistemas de asistencia y asegurar la ayuda de los servicios sanitarios y el amparo de índole social como finalidad para que los enfermos puedan permanecer en su espacio de vida ordinario.

De acuerdo a los datos que hacen referencia a la prevalencia de consumo de drogas en Aragón, cabe destacar el del alcohol en primer lugar, especialmente entre la población adolescente (de catorce a dieciocho años). Resulta alarmante el afán por el consumo de drogas, que todavía incrementa más cuanto más próximos a ellos se encuentra la sustancia.

De acuerdo con el Plan de Salud de Aragón, existen unos ejes globales a la hora de establecer la acción en el ámbito preventivo de consumo de tabaco, como “potenciar la coordinación entre instituciones, agentes económicos y entidades de iniciativa social, aplicar medidas reguladoras en el marco de la Ley de Drogodependencia y facilitar la integración curricular en el modelo educativo aragonés de la prevención del tabaquismo” según se establece en el Anexo I, del Plan Autonómico 2005-2008: 51.

En Aragón no se halla una considerable diferencia en el consumo de sustancia de lunes a viernes del consumo los fines de semana, sino que gran parte del tiempo libre es destinada a estar en espacios como bares donde no es difícil encontrar drogas e individuos dispuestos a consumirlas.

Las pautas de intervención en el ámbito de la drogodependencia llevadas en Aragón valoran factores como “la promoción de hábitos saludables, la prevención de conductas adictivas, la integración y coordinación de los sistemas educativo, sanitario y de servicios sociales de Aragón, de acuerdo con el artículo 3 de la Ley 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias”.

Los ejes principales de acción del conjunto normativo del programa son: armonización entre las tareas propuestas por los organismos, colocar en primer término el terreno preventivo y los planteamientos para que disminuya el deterioro a causa de las adicciones, propulsar las líneas y sistemas que fomentan la integración en la comunidad a los sujetos adictos y maximizar los servicios de asistencia social y sanitaria de índole público.

En el terreno de la comunidad, el programa tiene que ser visto desde una perspectiva que encuadre e impulse actuaciones precisas, renovándolas continuamente ajustándose a la realidad. Para que esto de sus frutos, es necesaria la compenetración de las acciones a nivel autonómico con las acciones llevadas a cabo en el ámbito educativo y social.

La prevención comunitaria se traza valorando las necesidades de esa población y a partir de ahí se diseñan planes y pautas que propulsan la colaboración, cooperación y participación de los sectores de la comunidad en las decisiones, facilitando el establecimiento de tramas de ayuda, atención y prevención.

“El Plan será vinculante para todas las Administraciones Públicas e instituciones privadas que desarrollen actuaciones en materia de drogas en Aragón” (Ley 3/2001 de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencia).

### **10.1 Ámbito educativo del Plan Autonómico sobre Drogodependencia y otras conductas adictivas, 2005-2008. Aragón**

La colaboración del equipo docente así como toda la sociedad educativa en la línea de prevención en el entorno escolar es indispensable. Las ideas o pautas preventivas tienen que aparecer inmersas en el Proyecto Educativo y Curricular.

En esta área de prevención, las finalidades del Plan son realzar la incorporación de la Educación para la Salud del esbozo del currículo de Aragón, impulsar la cooperación de los sectores sanitarios y educativos, posibilitar el descubrimiento temprano y ofrecer la pauta de acción correcta a los sujetos con conductas problemáticas adictivas, desarrollar comportamientos y destrezas personales con el fin de fomentar la concienciación de salud en la población infantil y adolescente y que exista coordinación y comunicación entre familias y equipo docente para llevar a cabo los planes de acción preventiva de drogas en la escuela.

Para poder lograr dichas metas, es necesario ciertas acciones tales como defender crecimiento de proyectos a nivel preventivo sobre drogas siempre sobre el hilo de la “Escuelas Promotoras de Salud”, establecer las líneas de asistencia colaborativa entre las escuelas y los organismos de la comunidad para crear programas a nivel local y transmisión de información a las escuelas cada vez que haya modificaciones o algo renovado o descubierto recientemente acerca del ámbito preventivo de la adicción a las drogas.

## **11. ANÁLISIS DE LA REALIDAD DEL SEGUNDO PLAN AUTONÓMICO SOBRE DROGODEPENDENCIA, 2010-2016. ARAGÓN**

Para que sea posible trazar una táctica de estructuración del programa es preciso analizar la realidad puesto que ello permite detallar los aspectos de las situaciones problemáticas de consumo que desencadenan en muchas ocasiones en adicción y permite también registrar las preferencias a la hora de actuar.



Encuestas como las nombradas anteriormente, ESTUDES, destinada a la población adolescente, y EDADES, encuesta de tipo domiciliaria, proporcionan datos acerca de los comportamientos y prácticas que los sujetos de una población manifiestan en lo que a drogas se refiere para poder analizar la situación de la población a partir de los resultados obtenidos en dichas encuestas.

Otros hitos a tener en cuenta vinculados con la dependencia de las drogas son:

- a. Las admisiones de tratamiento en la red asistencial que extraen información de cada sujeto acerca de si se le permite hacer uso del régimen en el ambulatorio a causa de la drogodependencia.
- b. Las urgencias hospitalarias, que ofrecen la posibilidad de saber cuántos individuos de quince a sesenta y cuatro años han tenido que acudir al hospital a consecuencia de haber consumido drogas.
- c. Por último, el indicador anual de mortalidad en sujetos de diez a sesenta y cuatro años, referida a la mortalidad por consumo de sustancias que el cuerpo no ha podido soportar.

En Aragón, preocupa bastante la edad en la que los jóvenes comienzan a consumir sustancias en su tiempo libre a modo de pasatiempo dentro del marco de la socialización con los miembros de su grupo de referencia, normalizándose cada vez más este tipo de consumo de “ocio”.

Aunque en circunstancias se trata de experimentación por parte de los jóvenes más que de consumo habitual, los datos más significativos que recoge la última encuesta realizada a sujetos de catorce a dieciocho años son: el 84,8% de los jóvenes reconoce que alguna vez en la vida han tomado alcohol, por ello es la droga que se lleva el mayor consumo, a la que seguiría el tabaco con un 53,1% con el mismo indicador que en el alcohol, alguna vez en la vida. Ambas sustancias resultan tremendamente accesibles para esta población, así como el cannabis aunque en menor medida.

En general, los adolescentes aragoneses piensan que tanto el marco escolar como familiar y redes como internet, televisión o radio, les ofrecen suficiente asesoramiento y advertencias acerca del tema de las drogas.

En función del contexto económico familiar, se aprecian diferencias entre los adolescentes que se han emborrachado, siendo un 40,2% los sujetos pertenecientes a familias con un nivel adquisitivo alto los que sí lo han hecho frente a un 56% de aquellos con una disposición adquisitiva menor. Del mismo modo ocurre con la prevalencia de consumo del tabaco.

En Aragón la edad de inicio es a los 13,5 años. Existe un crecimiento en el consumo de acuerdo a la edad. La prevalencia de consumo según el indicador “una vez en la vida” no ha variado demasiado entre 2002 y 2008, siendo 2004 el año en el que 90% de la población adolescente ha consumido alcohol, el año con el mayor índice.

Lo que respecta a la progresión del suministro de alcohol entre la población comprendida entre los catorce y dieciocho años en la Comunidad Autónoma, con el indicador porcentual referido al último mes en el periodo de 2002 a 2008, debe destacarse un estancamiento en el último año con respecto a dos años anteriores (de 2008 a 2006), no hay crecimiento ni descenso.

El mismo hito pero de acuerdo al sexo, destacar que las chicas a los catorce años son mayores consumidores, dato que cambiará a la edad de dieciséis años, convirtiéndose ellos en mayores usuarios. Del mismo modo que en las borracheras, que son el 45,2% de los chicos frente a un 42,8% del género femenino.

El alcohol entre la población adulta, de acuerdo con la Encuesta domiciliaria de 2007, refleja que un 95,7% ha tomado dicha sustancia alguna vez en la vida, porcentaje que ha ascendido respecto al de 2003, que era de un 88,6%. El 49% de los encuestados afirma haberse emborrachado en los últimos 365 días, a pesar de que diariamente la prevalencia de consumo de esta sustancia legal, ha descendido teniendo como referencia los años previos, y son el 90,4% los adultos los que no consumen a diario.

Del tabaco, destacar que su consumo, en los sujetos de catorce a sesenta y cuatro años, se encuentra el puesto siguiente al del alcohol, aunque en la actualidad, hay menor número de personas fumadoras respecto al que había en la década de los ochenta.

Entre los jóvenes, es más habitual el suministro de esta sustancia entre el género femenino que masculino. En términos generales, el 53,1% afirma haber consumido en el último mes, de acuerdo con la Encuesta escolar de 2008.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud 2006, la prevalencia de consumo de tabaco en individuos mayores de quince de años, en la Comunidad Autónoma tomando como referencia al conjunto de la nación, teniendo presentes las indicaciones del género masculino y femenino, país y Comunidad Autónoma y el indicador de *manera ocasional* son:

España		Aragón		España	Aragón
Sexo masculino	Sexo femenino	Sexo masculino	Sexo femenino	Hombres y mujeres	Hombres y mujeres
3,77	2,37	2,69	1,62	3,06	2,15

Dejando a un lado las sustancias legales como son el alcohol y el tabaco y centrándonos en el consumo de drogas ilegales, el cannabis es la sustancia estelar en Aragón según apunta la Encuesta sobre drogas en la población escolar de 2008, con un porcentaje del 46% de individuos que comprenden edades entre los catorce y dieciocho años, afirman que alguna vez sí han sido consumidores de dicha droga, seguido de un 40,9% que declara haberlo sido en el último año y un favorable descenso en el consumo mensual del 29,5%. A pesar de ello, el peligro vinculado a la prevalencia cotidiana de consumo es de un 87%, aunque cabe señalar que esta perspectiva de riesgo es más baja cuando se habla de suministro ocasional.

El consumo del cannabis manifiesta un crecimiento en función de la edad. En referencia al sexo, aquí sí que es el sexo masculino quien indica un mayor consumo. La población adolescente aragonesa presenta un consumo más elevado que el del resto de España, siendo en Aragón un 36% de la población adolescente en 2004, frente a un 25% en España teniendo de marco referente la misma población. Entre 2006 y 2008 no hay apenas variaciones, siendo la prevalencia de consumo en Aragón de un 28% en 2006 y un 30% en 2008 y un 20% en 2006 en el conjunto de la nación y el mismo porcentaje dos años más tarde. Es importante destacar que los datos aportados son referidos a

población que se encuentra escolarizada, comprendida entre catorce y dieciocho años de edad.

De acuerdo con el contexto económico familiar al que pertenezcan los individuos, existen diferencias notables en la prevalencia de consumo puesto que este agente se encuentra vinculado al poder adquisitivo de las familias, siendo menor la cantidad porcentual de sujetos entre once y diecisiete años pertenecientes a familias de disposición económica elevada que no han consumido frente aquellos que provienen de familias con una disposición económica media-baja, que afirman haber consumido, según la Encuesta HBSC (Health Behaviour in School-aged Children).

Al igual que en los jóvenes, la población adulta, reconoce que es la sustancia ilegal que más consume, con unos datos del 34,2% con el indicador de <<alguna vez en la vida>> en la población adulta, de los quince a los sesenta y cuatro años, un 12,5% en el último año y un 7,4% en los últimos treinta días.

### **11.1 Ámbito educativo del Segundo Plan Autonómico sobre Drogodependencia y otras conductas adictivas, 2010-2016. Aragón**

Se pretende poner en marcha una prevención global y una prevención concreta que focalice su atención en los grupos de alumnos que están expuestos a agentes de riesgo que podrían ser la antesala de posteriores situaciones problemáticas respecto al consumo de sustancias.

Desde el área de la prevención en el ámbito educativo de este Segundo Plan Autonómico, se plantea avanzar y ampliar los procedimientos que abarcan la prevención en el terreno educativo siempre inmersos en la red de Escuelas Promotoras de Salud, enfatizando especialmente en que estos sistemas preventivos formen parte importante del proyecto curricular de los centros y tanto alumnos y sus familias como el equipo docente se comprometan en ello y exista armonización con las fuentes que ofrecen y aportan material para llevar a cabo dichas acciones preventivas locales.

Los fines a conseguir, que emergen en esta área para la puesta en práctica, tienen que ver con maximizar la capacidad de la salubridad de los sujetos ampliando aprendizajes de comportamientos, destrezas personales y sociales y factores de protección para sí

mismo, que siga creciendo la cooperación y regulación entre los organismos que llevan a cabo los sistemas y programas de prevención, favorecer la actuación sobre grupos que se encuentran en una situación de cierta fragilidad hacia el tema de las drogas e incentivar el consorcio de la sociedad educativa en todo aquello relacionado con intervenir en la prevención así como ensanchar todas las vías posibles de organización con entidades de la red de Escuelas y Universidades Promotoras de la Salud.

Referido a la actuación, primeramente destacar que la Educación para la Salud debe ser abordada en los documentos de los centros educativos, en los más globales que involucran al centro en sí, como son el Proyecto Curricular del Centro y los más específicos como la Programación General Anual y el Plan de Acción Tutorial.

El objetivo es orientar la Educación para con un procedimiento que involucre aspectos como la participación siempre ligada al entusiasmo y la motivación y el crecimiento de destrezas y competencias para desenvolverse en la vida. Se quieren ampliar los proyectos de Educación para la Salud que comprenden los agentes de protección y riesgo. También se pretende la ampliación de las tácticas de la Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud, puesto que la misión en red hace posible un mejor aprovechamiento de los recursos y a la hora de llevar a la puesta en marcha las estrategias, hay un perfeccionamiento notable de dicha práctica.

Por último, en la actuación, se buscan como componentes indispensables en la práctica de los programas preventivos en campo educativo el fortalecimiento de la Comisión Mixta Salud-Educación y las Juntas Provinciales. “Los departamentos de Salud y Educación tienen la responsabilidad de la prevención en el medio escolar y la Comisión Mixta es el referente para aprobar y coordinar las intervenciones que desde distintas entidades se propongan”, de acuerdo con el segundo Plan Autonómico 2010-2016:35.

## **12. ANÁLISIS DE LA REALIDAD DEL PLAN MUNICIPAL DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIA Y OTRAS ADICCIONES, 2011-2017. HUESCA**

Huesca es una ciudad aragonesa que según el censo de Agosto de 2010, tiene 52933 ciudadanos de los cuales la población adulta de entre veinte y sesenta y cinco años

comprenden la mayor cantidad porcentual de dichos habitantes y de ellos, casi el 90% son españoles y algo más del 10% inmigrantes que provienen en su mayoría Rumanía y Marruecos.

Es una ciudad que dispone de una malla de índole social para proporcionar ayuda, atención e integración a colectivos que la precisan y es aquí donde se sitúa la red de sistemas preventivos de la drogodependencia.

Al no ser una ciudad grande, no se tiene sensación de correr peligro y cuando concluye la Educación Primaria, los padres y madres suelen permitir a sus hijos e hijas acudir con su grupo de iguales sin ser necesaria la compañía de los padres para ir por la calle.

En 2007-2008, el Ayuntamiento de Huesca impulsó una encuesta acerca de en qué emplea su tiempo libre la población adolescente, para ello se contó con la participación de 1070 individuos.

El resultado más evidente fue que la preferencia de todos ellos es destinar su tiempo de ocio a su grupo de iguales, algunos de ellos tienen tendencia a acudir a establecimientos como bares o practicar el botellón sobretodo los sujetos de veinte y veintiún años.

El 44% de la población joven asiste los fines de semana a bares y botellones en compañía de sus amigos.

Huesca es considerada una ciudad universitaria, donde el fin de semana, además de comprender los días viernes, sábado y domingo, se añade el jueves universitario. Muchos matriculados en la Universidad de Zaragoza con campus en Huesca, no tienen clase los viernes, por esta razón son tan conocidas las salidas nocturnas este día.

En lo que respecta a las prácticas de ocio que oferta la ciudad, los jóvenes afirman sentirse informados acerca de las distintas ya sea a través de sus centros educativos, familias y grupo de amigos.

Las prácticas de prevención han sido respaldadas por la puesta en marcha de mayores limitaciones y pautas estrictas en la compra-venta de sustancias legales como el alcohol (Ley 2/2001 de 4 de abril, de Prevención, Asistencia y Reinserción Social en materia de Drogodependencia), incorporando variaciones que involucran a los escasos límites que había hasta la implementación de dicha ley con el suministro desmesurado de sustancias a población menor de dieciocho años.

En referencia a la asistencia, la ayuda personal ha sido proporcionada por los métodos utilizados frente a las adicciones. Los principales espacios, que ofrece la ciudad oscense, destinados a la asistencia son el Centro de Prevención Comunitaria, la Unidad de Atención y Seguimiento de Adicciones y el Centro de Solidaridad Proyecto Hombre y los destinados a la acción preventiva de sustancias son Servicio de Asesoramiento y Recursos en Educación para la Salud, Colegios de Educación Primaria e Institutos de Educación Secundaria y secciones del Ayuntamiento de la ciudad, estos recursos vienen especificados en el Plan Municipal Prevención de drogodependencias y otras adicciones 2011-2017:17-19)

Para impulsar las acciones y herramientas de prevención deben fijarse ciertos propósitos que tengan como preferencia al sector joven. Los principales propósitos son: involucrar a la comunidad y a los organismos que se ocupan de los asuntos que hay en ella en el terreno preventivo del suministro de sustancias, animar a la formalización de las pautas orientadas a la regulación de la oferta de sustancias legales e ilegales e impulsar técnicas que ayuden a disminuir los agentes de riesgo y damnificaciones que afectan la salubridad de los enfermos consumidores propulsando principios de apoyo y amparo.

### **12.1 Análisis del ámbito educativo del Plan Municipal de Drogodependencia y otras adicciones, 2001-2017. Huesca**

Los centros educativos son considerados lugares adecuados en los que inculcar estrategias destinadas a aprender a llevar una tipología de vida sana, en la que los individuos construyan hábitos que les hagan independientes, promoviendo de este modo que haya el menor espacio posible a las drogas.

Los colegios e institutos son espacios donde los sujetos se socializan con sus grupos de iguales durante muchas horas al día, además todo el periodo que comprende la enseñanza desde Educación Infantil hasta terminar la Educación Secundaria Obligatoria, de los tres a los dieciséis años, son muchos años en los que los individuos experimentan cambios biológicos, psicológicos y sociales y por ello puede haber ciertos factores que les afecten en esta etapa y les pueden hacer más vulnerables a la hora de rechazar el consumo de drogas. Los centros cuentan con un equipo docente que está en continuo contacto con los educandos, convirtiéndose en referentes para ellos además de ejercer su labor pedagógica que envuelve tanto aprendizajes académicos como aprendizajes de índole educativa y de actitudes.

Para poder aplicar los procedimientos de prevención y ofrecer conciencia de lo que conlleva la adicción a sustancias, es indispensable la coordinación de la sociedad educativa, familias y alumnos.

Las escuelas refuerzan la práctica de los sistemas preventivos de sustancias legales e ilegales en las aulas, hace estimaciones y valoraciones de los planes llevados a cabo en los centros. Con la finalidad de que disminuya el peligro al que se encuentran expuestos los alumnos de convertirse en consumidores, los maestros y profesores deben localizar rápidamente si el alumnado es usuario de dichas sustancias, ofreciendo requerimientos a aquellos que los necesiten y atención a consecuencia de situaciones problemáticas por la adicción a las drogas.

### **13. PROGRAMA INTEGRAL DE PREVENCIÓN ESCOLAR (PIPES)**

Para trabajar los sistemas de prevención en la etapa de Educación Infantil es relevante incidir en el concepto que uno tiene de uno mismo, desarrollar personas eficaces, la independencia y autonomía personal y competencias para llevar a cabo un estilo saludable de vida. Tener un fuerte autoconcepto, que desencadena en el desarrollo de una buena autoestima, que surge de la consideración que uno tiene de su propio concepto, favorece que los sujetos encaminen sus hábitos hacia una línea sana. Si estos tres factores se valoran en positivo, el individuo se encontrará preparado para hacer frente a los agentes que puedan poner en peligro su resistencia al consumo de drogas.



Desde el aula, lo primordial es que el tutor transmita confianza y seguridad a los alumnos, que vean que no pasa nada por fallar y que los errores son parte constructiva del proceso de aprendizaje. Los desafíos que se les presenten a los sujetos deben ser realizables, es decir, que observen dificultad para que piensen que estrategias pueden emplear, pero siempre siendo metas alcanzables, si no es así pueden crear un concepto de sí mismos pobre, sentirse incapaz, lo cual va a concluir en el desarrollo de una autoestima baja.

El maestro debe enseñarles a interiorizar destrezas personales que les permitan desarrollarse en un entorno de vida en el que van a tener que convivir con el tema de la adicción a las drogas pero sabiendo gestionar de un modo adecuado la resistencia a ellas mediante un amplio de conductas que les haga sentir seguros sin sentirse excluidos.

Para incentivar un crecimiento progresivo de la autoestima e ir fomentando la autonomía personal, es importante crear un ambiente favorable, de calma en el grupo de clase. Donde todos sean participantes activos y puedan expresarse de manera libre, exponiendo sus sentimientos, ideas y conceptos que les permita conocerse a sí mismos y al entorno en el que viven, entorno que concierne tanto a las personas como al espacio físico. Se debe ofrecer posibilidad de elección, que el niño pueda elegir de manera libre y aprenda a tomar conciencia de sus decisiones, observando las consecuencias que tiene para él mismo y para los demás.

Las tendencias saludables de vida engloban la higiene y los hábitos diarios de ejercicio físico, así como el completo cuidado del cuerpo. Todo ello debe ser controlado por las familias y tutores de cada sujeto.

En el aula, a la hora de intervenir debe tenerse en cuenta la Educación para la Salud, tema que puede ser tratado en el área de Identidad y Autonomía Personal, a través de cual se van a tratar programas que tienen por objeto que haya un proceso de enseñanza-aprendizaje de comportamientos saludables. “El alumno es invitado a hacerse consciente de su capacidad para influir en su estado físico y psicológico” (PIPES 1997: 20).

## CONCLUSIONES

Para fomentar las acciones preventivas hay que establecer unos propósitos que pongan en primer lugar de prioridades a la población joven. Es necesario que la comunidad y organismos que trabajan los aspectos de la prevención de las drogas estén en comunicación para que vayan en una misma dirección y los programas salgan adelante.

En referencia a la base que sustenta los planes y estrategias de prevención de la drogodependencia, cabe destacar que son ciertos modelos teóricos los que tienen el propósito de detectar las razones que llevan a ciertos individuos a consumir sustancias nocivas para la salud y de este modo y gracias a las investigaciones teóricas de estos modelos, pueden establecerse medidas preventivas para que descienda la prevalencia de consumo de drogas.

El primer Plan Nacional sobre Drogas, fue implantado con el objetivo de disminuir la venta y suministro de drogas incentivando así una mayor seguridad de la población y una mejora en la asistencia de individuos enfermos a consecuencia del consumo de estas sustancias, proporcionando ayuda individual y global. Todas las estrategias sobre drogas cuentan con una coordinación que posibilita las líneas de intervención a nivel nacional, autonómico y local.

Las Estrategias tanto nacionales como autonómicas, se van reajustando y renovando para ofrecer una respuesta más adecuada a la realidad de los habitantes de la población. La sociedad es cambiante, por tanto los sistemas preventivos también lo son. La meta es enfocar la atención hacia el descenso de los factores de riesgo y evitar que la población comience a experimentar con las drogas.

La escuela es considerada un entorno óptimo para llevar adelante el tema preventivo de la adicción a las drogas, donde a través de la Educación para la Salud puede adentrarse al alumnado en el aprendizaje y desarrollo en la línea de lo personal que promueven la capacitación de competencias para encaminar un estilo de vida saludable.

En la etapa infantil, los programas a trabajar en las aulas se encuentran orientados a que los sujetos interioricen unas pautas de higiene personal, cuidado del cuerpo y

conocimiento de sí mismo, aprender a ser independiente y desarrollar capacidad de decisión para que desde la primera infancia aprendan a no dejarse influir si sufren algún tipo de presión, destreza que en un futuro les servirá para resistir el mundo de las drogas. La colaboración y coordinación del profesorado, las familias y departamentos responsables de apaciguar la drogadicción en las líneas preventivas, totalmente necesaria. Estas líneas preventivas deben aparecer siempre en el Proyecto Educativo del centro y en el Proyecto Curricular.

Especial atención debe ponerse en la pronta edad de inicio en la que la población adolescente se adentra en el consumo; entre los 13 y 16 años. A través de encuestas puede afirmarse que la prevalencia de consumo es más alta conforme a la edad. No se tiene conciencia del riesgo que supone el alcohol, que es la sustancia legal más consumida, siendo apreciada la droga legal más leve.

Por último, destacar que la ciudad de Huesca cuenta con espacios que proporcionan asistencia a enfermos drogodependientes como son el Centro de Prevención Comunitaria y el Centro de Solidaridad Proyecto Hombre. En los colegios e institutos y en secciones del Ayuntamiento de Huesca, se ofrecen actos que promueven la actuación de la prevención de la drogodependencia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ajzen, I. (1988). Attitudes, personality, and behavior. Chicago, IL: The Dorsey Press.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and actions: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bayón, F., Compadre, A., Fernández Díaz., N., Salarich, L. (1997). Plan Integral de Prevención Escolar (PIPES). Material de prevención del consumo de drogas para la Educación Infantil. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Madrid.
- Becoña, E. (2001). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Plan Nacional Sobre Drogas. Madrid.
- Botvin, G. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. Psicología conductual, 3, 333-356.
- Catalano, R.F., Kosterman, R., Hawkins, J.D., Newcomb, M.D. y Abbott, R.D. (1996). Modeling the etiology of adolescent substance use: A test of the social development model. Journal of Drug Issues, 26, 429-455.
- Calafat, A., Amengual, M., Farrés, C., Mejías, G. y Borrás, M. (1992). Tú decides. Programa de educación sobre drogas, 3ª edición. Mallorca: Secció de Promoció de la Salut. Servei d'Acció Social i Sanitat.
- Casas, M., Pérez de los Cobos, J., Salazar, I., Tejero, A. (1992). Las conductas de automedicación en drogodependencias. En Casas, M. (coord.). Trastornos psíquicos en las toxicomanías. Ediciones en Neurociencias. Barcelona.
- Centro de Prevención Comunitaria de la F.M.S.S. del Ayuntamiento de Huesca. (2010). Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias y Otras Adicciones 2011-2017. Huesca.
- Clayton, R.R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), Vulnerability to drug abuse (pp. 15-51). Washington, DC: American Psychological Association.
- Díaz, R., y Sierra, M. (2008). Análisis teórico sobre prevención de drogodependencias en el marco de la educación para la salud: factores de riesgo y de protección. Acciones e investigaciones sociales .Zaragoza.
- Félix-Ortiz, M. y Newcomb, M.D. (1999). Vulnerability for drug use among latino adolescents. Journal of Community Psychology, 27, 257-280.

- Glantz, M.D. (1992). A developmental psychopathology model of drug abuse vulnerability. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 389-418). Washington, DC: America Psychological Association.
- Jessor, R. y Jessor, S.L (1977). *Problem behavior and psychosocial development*. Nueva York: Academic Press.
- Kaplan, H.B., Johnson, R.J y Bailey, C.A (1986). Self-rejection and the explanation of deviance: Refinement and elaboration of a latent structure. *Social Psychology Quarterly*, 49, 110-128.
- Kaplan, H.B. (1996). Empirical validation of the applicability of an integrative theory of deviant behavior to the study of drug use. *Journal of Drug Issues*, 26, 345-377.
- Kim, S., Crutchfield, C., Williams, C. y Hepley, N. (1998). Toward a new paradigm in substance abuse and other problem behavior prevention for youth: Youth development and empowerment approach. *Journal of Drug Education*, 28, 1-17.
- Labouvie, E. (1996). Maturing out of substance use: Selection and self-correction. *Journal of Drug Issues*, 26, 457-476.
- Muñoz García, A. (2010), *Psicología del desarrollo en la etapa de Educación Infantil*. Madrid: Pirámide.
- Newcomb, M.D. (1996). Pseudomaturity among adolescent: Construct validation, sex differences, and associations in adulthood. *Journal of Drug Issues*, 26, 477-504.
- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). (2015). *Informe 2015. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid.
- Oetting, E.R y Donnermeyer, J.F. (1998). Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance. I. *Substance Use & Misuse*, 33, 995-1026.
- Phillips, J.L. (1977). *Los orígenes del intelecto según Piaget*. Barcelona: Fontanella
- Plan Autonómico Sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictiva-I. (2005). Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Zaragoza.
- Plan Autonómico Sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictiva-II. (2010). Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Zaragoza.
- Plan Nacional Sobre Drogas (1985). Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- Plan Nacional Sobre Drogas. (1999). *Estrategia Nacional sobre Drogas para el período 2000-2008*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Madrid.

Plan Nacional Sobre Drogas (2009) .Estrategia Nacional sobre Drogas para el período 2009-2016. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Madrid.

Peele, S. (1985). The meaning of addiction. A compulsive experience and its interpretation. Lexington, MA: Lexington Books.

Prochaska ,J. O. y Prochaska, J.M. (1993). Modelo transteórico del cambio para conductas adictivas.

Prochaska, J.O. y Di Clemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking.Toward an integrative model of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51, 390-395

Santacreu, J., Froján, M.X y Hernández, J.A. (1991). El papel del autocontrol en el proceso de génesis de las drogodependencias (I). Revista Española de Drogodependencias, 16, 201-215. Madrid.

Santacreu, J. y Froján, M.X. (1992). El papel del autocontrol en el proceso de génesis de las drogodependencias (II). Revista Española de Drogodependencias, 17, 253-268. Madrid.

Waldrom, H.B. (1997). Adolescent substance abuse and family therapy outcome: A review of randomized trials. Advances in Clinical Child Psychology, 19, 199-234.

Werch, C.E y Diclemente, C.C (1994). A multi-component state model for matching drug prevention strategies and messages to youth stage of use. Health Education Research, 9, 37-46.